



Su(s) Hijo/a(s) Puede(n) Tener Derecho a KidsCare

Label Here

El Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security, cuyas siglas en inglés son DES) le avisó que le habían negado ayuda médica para su(s) hijo/a(s). DES envió la información de su solicitud a KidsCare. Es posible que su(s) hijo/a(s) tenga(n) derecho a recibir KidsCare, el programa de salud de Arizona para niños que no están asegurados. Puede ser que sea necesaria una cuota mensual, de \$10 a \$20 por mes, para KidsCare. Esta cuota incluye a todos los niños que reciben KidsCare en su hogar.

Si usted desea obtener KidsCare para su(s) hijo/a(s), responda las cuatro preguntas a continuación, firme y envíe de regreso esta solicitud en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que usted la recibió, dentro del sobre que lleva incluido el porte.

Si aprobamos KidsCare para su(s) hijo/a(s) y si usted debe pagar una cuota, su primera cuota se vencerá el 15 del primer mes de cobertura. Usted recibirá una carta con más información.

Si tiene alguna pregunta, llame al 1 (877) 764-5437.

Por favor conteste estas preguntas.

1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Siempre viven en su casa las mismas personas que usted indicó en su solicitud del DES? De no ser así, explique cuáles han sido los cambios que han ocurrido.									
2. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Son los ingresos de todos en su casa iguales a los que usted reportó en su solicitud del DES? Si ha habido un cambio, complete la siguiente información. Por favor incluya las copias de sus talones de pago.									
Nombre de la persona que trabaja o que recibe ingresos	Tipo de Ingreso	Nombre y dirección del patrón, agencia, o persona de la cual proviene el ingreso	Número de teléfono del patrón, agencia o persona	¿Cada cuánto le pagan? (semanalmente, por quincena, mensualmente, por trimestre, anualmente, etc.)	Ingreso bruto (antes de las deducciones) que recibe cada vez	Horas trabajadas por semana	Cantidad por hora	Horas de tiempo extra trabajado por semana	Cantidad por hora por tiempo extra
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
					\$ por período		\$ por hora		\$ por hora
3. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alguno en la casa cobertura por seguro de salud? De ser así, escriba el nombre de la persona que tiene cobertura y el nombre y teléfono de la compañía aseguradora.									

4. Ponga el plan de salud que trabaja en su condado. Seleccione un plan de salud de la lista adjunta.

Mi selección de plan de salud es:

Entiendo que si algún niño en mi hogar recibe KidsCare, puede ser que yo tenga que pagar una mensualidad. Juro bajo pena de perjurio que las declaraciones que doy arriba son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender.

Firma de Adulto Responsable	Escriba su nombre en letra de molde (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Número de Teléfono	Fecha
-----------------------------	--	--------------------	-------

SEE REVERSE SIDE FOR ENGLISH

Para obtener servicios médicos que están incluidos, usted necesita escoger o un Plan de Salud que presta servicios en su condado o Indian Health Services (Servicios de Salud para Indígenas, cuyas siglas en inglés son IHS). Todos los Planes de Salud de AHCCCS suministran:

**Visitas al Doctor
Consultas con Especialistas
Transportación al Doctor
Servicios de Hospital
Atención de Emergencia
Atención durante el Embarazo**

**Vacunas
Exámenes Físicos
Salud Mental*
Planificación Familiar
Laboratorio y Rayos X
Recetas Médicas**

**Lentes
Exámenes de la Vista
Revisión Dental
Tratamiento Dental
Exámenes del Oído
Audífonos**

Antes de hacer su elección, asegúrese que su doctor, farmacia u hospital ofrecen servicios con el plan que usted desea. Si usted es un indígena americano y puede recibir los servicios del IHS, usted puede seleccionar IHS como su Plan de Salud de AHCCCS Si usted tiene preguntas sobre un plan de salud que ofrece servicios en su condado, llame al número de ese plan que aparece en la lista de abajo.

CONDADO APACHE

Arizona Physicians, IPA.....1-800-348-4058
Family Health Plan of N.E. AZ 1-800-448-3585
Indian Health Service.....928-338-4911

CONDADO COCHISE

Arizona Physicians, IPA.....1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....1-800-624-3879
Indian Health Service.....520-295-2497

CONDADO COCONINO

Arizona Physicians, IPA.....1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....1-800-624-3879
Indian Health Service.....928-769-2204

CONDADO GILA

Community Connection1-800-747-7997
Mercy Care Plan.....1-800-624-3879
Indian Health Service.....928-475-2371

CONDADO GRAHAM

Arizona Physicians, IPA.....1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....1-800-624-3879
Indian Health Service.....928-475-2371

CONDADO GREENLEE

Arizona Physicians, IPA.....1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....1-800-624-3879
Indian Health Service.....928-475-2371

CONDADO LA PAZ

Arizona Physicians, IPA.....1-800-348-4058
Family Health Plan of N.E. AZ 1-800-448-3585
Indian Health Service.....928-669-2137

CONDADO MARICOPA

Phoenix Health Plan1-800-747-7997
CIGNA Community Choice1-800-832-3211
Health Choice Arizona1-800-322-8670
Arizona Physicians, IPA.....1-800-348-4058
Mercy Care Plan.....1-800-624-3879
Maricopa Health Plan1-800-582-8686
Indian Health Service.....602-263-1200

CONDADO MOHAVE

Arizona Physicians, IPA..... 1-800-348-4058
Family Health Plan of N.E. AZ 1-800-448-3585
Indian Health Service..... 928-769-2204

CONDADO NAVAJO

Arizona Physicians, IPA..... 1-800-348-4058
Family Health Plan of N.E. AZ 1-800-448-3585
Indian Health Service..... 928-338-4911

CONDADO PIMA

Arizona Physicians, IPA..... 1-800-348-4058
University Family Care..... 1-888-708-2930
Health Choice Arizona 1-800-322-8670
Mercy Care Plan 1-800-624-3879
Pima Health System 1-800-423-3801
Indian Health Service..... 520-295-2497

CONDADO PINAL

Community Connection..... 1-800-747-7997
Mercy Care Plan 1-800-624-3879
Indian Health Service..... 520-295-2497

Si su código postal es 85220 ó 85242 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado de Maricopa.

CONDADO SANTA CRUZ

Arizona Physicians, IPA..... 1-800-348-4058
Mercy Care Plan 1-800-624-3879
Indian Health Service..... 520-295-2497

CONDADO YAVAPAI

Arizona Physicians, IPA..... 1-800-348-4058
Mercy Care Plan 1-800-624-3879
Indian Health Service..... 1-602-263-1569

Si su código postal es 85342, 85358 ó 85390 usted debe escoger entre los planes de la lista del Condado Maricopa.

CONDADO YUMA

Arizona Physicians, IPA..... 1-800-348-4058
Mercy Care Plan 1-800-624-3879
Indian Health Service..... 1-760-572-0217

SEE REVERSE SIDE FOR ENGLISH.